

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1927

THÈSE

N^o 478

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Henri-Edouard-Jean DELAVENNE

Né à Paris, le 17 Juin 1900

Travail du Service du Professeur agrégé Marcel METZGER

(Maternité de l'Hôpital Tenon)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

**Rupture des Kystes
de l'Ovaire
après l'Accouchement**

Président : M. BRINDEAU, Professeur

Officier de la Légion d'Honneur

ORLÉANS

Imprimerie de "LA FRANCE DU CENTRE"

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS DU CENTRE

6, Rue de la Hallebarde, 6

1927

THÈSE
POUR LE DOCTORAT DE MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1927

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Henri-Edouard-Jean DELAVENNE

Né à Paris, le 17 Juin 1900

Travail du Service du Professeur agrégé Marcel METZGER

(Maternité de l'Hôpital Tenon)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Rupture des Kystes de l'Ovaire après l'Accouchement

Président : M. BRINDEAU, Professeur

Officier de la Légion d'Honneur

ORLÉANS

Imprimerie de "LA FRANCE DU CENTRE"

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS DU CENTRE

6, Rue de la Hallebarde, 6

1927

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Doyen : **M. ROGER**



I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.

	MM.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.
Professeur sans chaire	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
ABRAMI Pathologie médicale.	HOVELACQUE.. Anatomie.
AUBERTIN Pathologie médicale.	HUTINEL Pathologie médicale.
BASSET Pathologie chirurgicale.	JOYEUX Parasitologie.
BAUDOUIN Pathologie médicale.	LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
BINET..... Physiologie.	LARDENNOIS. . Pathologie chirurgicale.
BLANCHETIÈRE Chimie biologique.	LEMAITRE Oto-rhino-laryngologie.
BROCQ Pathologie chirurgicale.	LÉVY-SOLAL .. Obstétrique.
BRULÉ Pathologie médicale.	LHERMITTE ... Pathologie mentale.
CADENAT Pathologie chirurgicale.	LIAN Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.	MATHIEU Pathologie chirurgicale.
CHAMPY Histologie.	METZGER Obstétrique.
CHIRAY Pathologie médicale.	MONDOR Pathologie chirurgicale.
CLERC Pathologie médicale.	MOURE Pathologie chirurgicale.
DEBRÉ Hygiène.	MULON..... Histologie.
I. de JONG Anatomie pathologique.	PHILIBERT Bactériologie.
DOGNON Physique.	QUÉNU Pathologie chirurgicale.
DONZELOT Pathologie médicale.	RICHEL Fils ... Physiologie.
DUVOIR Médecine légale.	SÉZARY Dermatologie et syphi-
ÉCALLE Obstétrique.	ligraphie.
FIESSINGER ... Pathologie médicale.	VALLERY-RADOT
GARNIER Pathologie expérimentale.	(Pasteur) Pathologie chirurgicale.
GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.	VAUDESCAL ... Obstétrique.
HARVIER Pathologie médicale.	VELTER Ophtalmologie.
HEITZ-BOYER . Urologie.	VERNE Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	MM.
GOUGEROT Pathologie médicale.	RETTERER Histologie.
GUÉNIOT Obstétrique.	TANON Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	LÆPER	Clinique médicale.
	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LEREBoullet	Clinique médicale infantile.	VILLARET	Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 7 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES SŒURS, A MES FRÈRES

A TOUS LES MIENS. — A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU
Officier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a fait le très grand hon-
neur de vouloir bien présider
notre thèse.

Qu'il nous permette de lui adres-
ser ici l'expression de notre très
grande reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSUER AGRÉGÉ
MARCEL METZGER
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a donné l'idée de ce
travail et nous a permis de le
mener à bien dans son service,
faible témoignage de notre gra-
titude.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

INTRODUCTION

Les kystes de l'ovaire, compliquant la grossesse, ont été étudiés par de nombreux auteurs, tant à cause de leur fréquence, de leur gravité parfois, qu'à cause de l'obstacle qu'ils sont le plus souvent à l'aboutissement de la grossesse et à l'accouchement lui-même.

Bien que l'influence du kyste ovarique sur la grossesse et de cette dernière sur le kyste lui-même, ait été très bien traité par de nombreux auteurs : BRINDEAU, J.-L. FAURE, PUECH-VANVERTS, JEANNIN, WALLICH, MOUCHOTTE, COUVELAIRE, nous avons cru intéressant d'ajouter à ces études une observation personnelle. C'est l'observation de la rupture insidieuse et de la torsion d'un kyste de l'ovaire peu de jours après un accouchement.

Dans cet ouvrage, nous rappellerons les conclusions tirées des thèses parues ces dernières années, à propos des kystes de l'ovaire compliquant la grossesse, l'accouchement et le *post-partum*.

Qu'il nous soit permis, au seuil de cette étude, de remercier très sincèrement notre maître, M. le Professeur METZGER, pour l'enseignement si clair qu'il prodigue, dans son service et à la Faculté; nous n'oublierons pas l'honneur qu'il nous fit en nous chargeant de développer le sujet de cette thèse.

HISTORIQUE

Les médecins ont signalé depuis fort longtemps les kystes de l'ovaire dans leurs traités concernant les maladies des femmes. Ils parlaient de l'hydropisie à sac. L'eau qui la forme, disaient-ils, est contenue dans une poche ou sac membraneux dont le volume et l'épaisseur varient beaucoup. Voilà les kystes mucoïdes. Sous le nom de stéatomes, athéromes ou meliceris, c'étaient les kystes dermoïdes qui étaient décrits. Ils « se forment pour l'ordinaire dans la substance celluleuse ou inférieure des ovaires dont le volume varie dans les différents cas, et on trouve dans le kyste ou poche une matière caséeuse, sébacée, puriforme, plus ou moins épaisse, et de différentes couleurs, brune, grise, jaunâtre. Ce qu'il y a de plus merveilleux, c'est qu'on trouve souvent dans les tumeurs des pelotons de cheveux entièrement semblables aux cheveux ordinaires, mais plus fins ». C'est un Professeur royal de Médecine et médecin consultant du Roi qui donne ces détails (1). Il cite ses références ; elles sont d'un siècle plus âgées de lui (2). Comme nous le voyons, « l'inflammation

(1) J. ASTRUC, *Traité des Maladies des femmes*, tome IV, 1761.

(2) Henricus SAMPSON, *Transact. Philosoph.*, année 1678, n° 140, art. 1.

aiguë de l'ovaire peut surtout se manifester après l'accouchement ; alors elle se termine par résolution ; tantôt il en résulte une suppuration de l'organe, laquelle peut entraîner la mort, soit par le seul fait de son existence, soit par l'ouverture de l'abcès dans le péritoine » (3). Il semble bien qu'Andral fils, en écrivant ces lignes, veuille signaler l'augmentation fréquente de volume du kyste après l'accouchement ; quand il parle de résolution, il paraîtrait plutôt juste d'envisager la rupture après l'augmentation, suivie de résorption du liquide non septique par le péritoine. Cela semble si logique qu'il signale dans la suite, la rupture du kyste avec contenu purulent.

Le kyste était donc bien connu, bien étudié, on parlait un peu des complications, mais sans approfondir les questions.

Il faut arriver à une époque proche de la nôtre pour trouver dans les traités très détaillés de chirurgie clinique, la description des complications des kystes de l'ovaire : de la torsion, de la suppuration, de la rupture de ces tumeurs. Velpeau, dans un ouvrage paru quelques années plus tard en 1832, dans son *Traité de médecine opératoire*, ainsi qu'en 1835 dans son *Traité complet de l'art des accouchements*, décrit avec force détails les kystes de l'ovaire, l'opportunité qu'il y a d'en faire l'ablation, la méthode opératoire. Mais on ne trouve pas une ligne de texte

(3) *Dictionnaire de Médecine*, article Ovaire, tome seizième, BÉCHET, Paris, 1828.

() VELPEAU, *Traité de Médecine opératoire*, 1832.

concernant la rupture et la torsion. Ces médecins connaissaient les kystes de l'ovaire, mucoïdes et dermoïdes. Mais rien n'est dit à cette époque dans les ouvrages nombreux que nous avons consultés des complications qui surviennent pendant leur évolution. C'est Tillaux qui semble annoncer dans la littérature médicale la rupture et la torsion comme des accidents fort rares et nouvellement décrits. « Les kystes de l'ovaire sont susceptibles d'éprouver un phénomène assez imprévu qui peut rendre l'opération impérieuse, sous peine de voir apparaître les accidents les plus graves : c'est la torsion du pédicule » — et plus loin : « Un autre accident dont il est bon d'être prévenu est la rupture spontanée de la poche. »

De nos jours, de nombreux auteurs ont précisé dans de multiples ouvrages les symptômes des complications, le diagnostic, la conduite à tenir en face d'une grossesse compliquée d'un kyste de l'ovaire. Nous trouvons que la thèse de Fossard résume les travaux publiés et surtout indique la conduite à tenir en face d'un kyste de l'ovaire pendant le post-partum.

Il faut intervenir de façon très précise dans les suites de couches, même en dehors de toute complication. Le *post-partum* est une période dangereuse. Mac Kerron signale une mortalité de 9 p. 100 pour cette période ; Marshall a rencontré des accidents

() VELPEAU, *Traité complet sur l'art des accouchements*.

() FOSSARD, *Thèse*, Paris, 1919, 20-478.

11 fois sur 19 cas. Une tumeur qui n'a donné lieu à aucun symptôme grave pendant la gestation ou le travail, peut causer les accidents les plus dangereux pendant les suites de couches. Quelle est donc la conduite à tenir ? Deux cas peuvent se présenter :

1^o La femme présente des accidents. La question est alors résolue, et tous les Gynécologues sont d'accord pour proclamer la nécessité d'une intervention rapide qui, seule, peut sauver la malade.

2^o Le kyste n'est le siège d'aucune complication : il faut intervenir dans les premiers jours du *post-partum*. Dans cette hypothèse les avis sont partagés. Les uns partisans de l'expectation, ordonnent le repos absolu pour diminuer le plus possible la mobilité de la tumeur et par suite les risques de torsion. La femme est observée très attentivement, afin de pouvoir dépister les premiers symptômes de complication et opérer aussitôt ; s'il ne s'en produit pas, attendre pour pratiquer l'ovariectomie à la fin de la période puerpérale.

Les autres, voulant prévenir toutes les complications possibles, interviennent sans retard ; ils observent que la terminaison fatale rencontrée dans certains cas d'intervention précoce, est due aux circonstances défavorables dans lesquelles l'intervention est entreprise. Ce sont les complications qui ont eu le temps d'apparaître qui rendent l'ovariectomie beaucoup plus dangereuse. D'ailleurs, les statistiques le prouvent, mortalité de 17,5 p. 100 d'après Puech et Vauverts pour les opérations effectuées seulement lorsque les accidents se sont pro-

duits, 3 p. 100 seulement lorsque l'on était intervenu *post-partum* en l'absence d'accidents. Il semble donc qu'on ait attribué à tort une influence néfaste à la période puerpérale sur les ovariectomies pratiquées à ce moment et qu'en l'absence de complications, cette intervention a les plus grandes chances de réussir. Le principe d'une ovariectomie précoce doit donc être admis. Il sera difficile de fixer exactement son époque, car la femme se trouve immédiatement après l'accouchement dans un état de fatigue physique peu favorable; on lui accordera donc quelque répit, puis on pratiquera l'intervention dans les premiers jours du *post-partum*. Ajoutons que la femme peut avoir des gestations ultérieures et qu'il est plus prudent de ne pas attendre ce moment pour recourir à une intervention qu'on pourrait être obligé alors d'exécuter dans des conditions beaucoup plus défavorables.

Nous voyons par ce court résumé que l'avis actuel des gynécologues est qu'il faut pratiquer l'ovariectomie dès que la tumeur est diagnostiquée, quel que soit le moment, pour ne pas s'exposer à voir survenir les complications que l'on ne pourra peut-être plus maîtriser dans la suite.

Des kystes de l'ovaire et de la grossesse.
Fréquence des kystes de l'ovaire compliquant
la grossesse.

Pozzi, dans son *Traité de Gynécologie*, déclare que les kystes de l'ovaire se compliquent assez rarement de grossesse. Il cite à ce sujet les chiffres donnés par Fehling qui ne rencontra que 20 kystes au cours de 17.832 grossesses ; et ceux encore plus faibles de Löhlein : 2 cas sur 13.000 accouchements. Nous fournissons un chiffre beaucoup plus élevé, nous trouvons au cours de l'année 1926, dans les archives de la Maternité de l'Hôpital Tenon, cinq observations de kystes ovariens compliquant la grossesse, sur un total de 1.720 accouchements. La différence est sensible. On peut donc dire qu'un kyste de l'ovaire n'est pas un obstacle absolu à l'évolution d'une, ou même de plusieurs grossesses, comme on le verra dans une observation que nous citons plus loin.

Toutes les formes de kystes de l'ovaire peuvent se rencontrer au cours de la grossesse : mucoïdes et dermoïdes, uniloculaires et multiloculaires, simples ou végétants.

Il nous a paru intéressant avant d'aborder le sujet principal de ce travail : « Que devient le kyste après l'accouchement ? » de voir comment se comportent l'un par rapport à l'autre le kyste et l'utérus gravide pendant la grossesse jusqu'à l'accouchement. Sur-

tout que, pendant la gestation, l'une des deux tumeurs disparaîtra fréquemment ; ce sera l'avortement qui réduira la tumeur utérine ; c'est la rupture qui supprimera virtuellement le kyste ; c'est la torsion qui amènera le chirurgien à intervenir et qui terminera l'évolution de la maladie par l'ablation de la tumeur kystique.

En effet, les deux tumeurs que constituent l'utérus gravide et le kyste ovarique, comprimées l'une par l'autre, ne peuvent se développer normalement toutes les deux, l'une à côté de l'autre. Le kyste, par sa présence, pendant la grossesse, ne pourra être qu'une complication plus ou moins importante, par son volume et son emplacement. La grossesse gênera l'évolution du kyste, l'irritera, amènera des complications.

Influence de la grossesse sur les kystes.

Comment se développera le kyste, qui se trouve placé près d'une tumeur évoluant rapidement ?

La même opinion n'a pas toujours existé quant au développement du kyste pendant la grossesse. Au dix-neuvième siècle, les auteurs parlaient d'une augmentation de volume ; ils s'appelaient Péan, de Köberlé, Audibert. Ce dernier avait vu un kyste gros comme une noix au moment de la conception atteindre au septième mois de la grossesse 35 centimètres de hauteur sur une largeur de 27 centimètres. C'est Pozzi qui rapporte l'observation. De nos jours on soutient plus volontiers qu'il n'y a le plus souvent,

qu'une augmentation apparente, due au déplacement du kyste entraîné par l'utérus gravide.

Dans notre observation, il n'apparaît pas que le kyste ait augmenté de volume pendant tout le temps de la grossesse.

Il est logique de penser que la tumeur utérine gêne considérablement l'évolution du kyste et que son développement est en partie arrêté pendant la grossesse. Mais cet arrêt dans le développement n'empêche cependant pas du tout les accidents de survenir. La torsion du pédicule, les hémorragies intrakystiques, la rupture même, se produisent et la fréquence de ces accidents est la même qu'en dehors du temps de la grossesse. Pozzi — d'après Williams — signale même une fréquence trois fois plus grande.

Wernich avait soutenu que la puerpéralité favorisait la dégénérescence cancéreuse des kystes de l'ovaire ; Martin, puis Pozzi, montrèrent plus tard que la dégénérescence cancéreuse des kystes de l'ovaire était une exception pendant la grossesse.

(WILLIAMS, *West London Med. Journ.*, juillet 1879.)

(MARTIN, *Die Krankheiten der Eierslücke*).

Influence des kystes sur la grossesse.

Il est évident que l'influence des kystes sur la grossesse variera avec le volume du kyste. Un petit kyste pourra être fort bien toléré, laisser la grossesse évoluer à terme normalement, ne provoquer aucun malaisé chez la femme qui le porte. Mais si le volume

est important, des troubles surgiront : troubles de la marche, dyspnée parfois intense, mictions fréquentes.

Nous avons observé chez Mme . . — (Obs. n° 1) — une constipation persistante pendant toute la durée de sa grossesse.

Si le kyste ovarique a un volume plus important, sa présence à côté de l'utérus gravide pourra amener une terminaison hâtive de la grossesse.

Nous voyons ainsi que toutes les difficultés sont amassées pendant les mois de la gestation, pour éviter en sorte que les deux tumeurs ne soient placées l'une à côté de l'autre au terme des neuf mois. Mais cependant il est des cas où la poche kystique ne s'est pas rompue, où le pédicule de la tumeur n'a pas subi de torsion. La femme parfois ne s'est même pas aperçue qu'elle portait à côté de son utérus gravide une tumeur même grosse. Elle entre en travail et est examinée et c'est seulement maintenant que le diagnostic est posé.

Influence des kystes sur l'accouchement.

Ici, les principales difficultés vont surgir.

Mais il nous faut envisager la question selon que le kyste est pelvien ou abdominal.

Un kyste ovarique pelvien, à moins d'avoir un volume extrêmement petit, est presque toujours un empêchement absolu à l'accouchement. La ponction de ce kyste par voie vaginale, autrefois indiquée, est à rejeter. L'infection qui pourrait en résulter serait

un danger pour la femme. La césarienne, suivie d'ovarioctomie est la règle. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point, depuis des siècles déjà.

En cas de kyste ovarique, haut placé, la situation est autre. La tumeur n'est plus à ce moment un obstacle au passage du fœtus. L'accouchement peut se très bien passer. Mais les mouvements de l'utérus, ses déplacements, peuvent froisser le kyste, user sa paroi. C'est pourquoi les ruptures dès ce moment sont fréquentes. Elles donnent un pourcentage de 58 p. 100. Puech et Vanverts sur 346 observations relevées, fournissent un pourcentage de 37,5 p. 100 de complications pendant la suite des couches. Nous voyons par ces chiffres que la période est grave. Une femme sur deux, portant un kyste, verra pendant les suites de couches une complication survenir.

Que devient le kyste après l'accouchement ?

Nous sommes en présence d'une tumeur dont l'évolution vient d'être contrariée pendant plusieurs mois qui, tout à coup, est débarrassée de l'utérus volumineux qui se trouvait à côté d'elle.

Comme nous l'avons vu d'après les statistiques citées, son évolution peut être normale, mais aussi souvent cette évolution se compliquera. La paroi abdominale est relâchée. Le pédicule du kyste est assez long pour avoir permis un accouchement presque normal. La poche kystique ballotte dans l'abdomen. Elle vient d'être froissée et comprimée par l'utérus pendant le travail. Elle se trouve dans le voisinage

d'un utérus fatigué et peut-être infecté. Immédiatement, plusieurs complications peuvent survenir. Infection, torsion du pédicule avec les dangers qui en découlent, hémorragie intra-kystique, rupture...

Cependant, même si aucune de ces complications ne survient, il arrive fréquemment que le kyste adhèrent interdise à l'utérus son involution, ou ne lui permette pas de s'accomplir normalement. Et l'on s'aperçoit immédiatement que les hémorragies sont possibles, que les lochies ne sortent que difficilement ; voilà encore de nouvelles causes de complications en plus de celles citées plus haut.

Mais il est un point sur lequel nous voulons insister et qui est le suivant : l'augmentation considérable en certains cas du volume du kyste. M. Cathala (*in Semaine gynécologique*, juillet 1913) en cite un cas très net, Ferrant (*in Thèse*, Paris, 1919-1920, 278) donne une observation identique. Dans notre observation, semblable fait est marqué.

Nous formerons une hypothèse. L'hydrémie qui existe dans le courant de toute grossesse et que notre maître, M. le Professeur agrégé Marcel Metzger, nous a fait remarquer de nombreuses fois, disparaît, l'accouchement terminé. Pourquoi ne pas envisager qu'une partie de ce liquide en trop dans le corps au lieu d'être évacué par l'organisme, ne se précipiterait pas vers le kyste ovarique dont les cellules sécrétoires ont eu le temps de se développer à défaut de l'ensemble du kyste ?

Il semblerait que les pseudo-glandes du kyste reprennent le temps perdu pendant la grossesse, en

sécrétant une quantité énorme de liquide pendant les jours du *post-partum*.

D'autre part, l'ovaire qui somnolait pendant la gestation, reprend son activité. Le kyste développé, aux dépens d'un follicule de Graff, donc partie intégrante de l'ovaire, aura une activité augmentée. Voilà plusieurs raisons qui nous permettent de formuler une hypothèse expliquant l'augmentation si grande de certains kystes après l'accouchement.

Des complications des kystes de l'ovaire qui surviennent pendant les suites de couches.

Nous envisagerons successivement la suppuration du kyste, la torsion du pédicule, l'apoplexie intrakystique, la gangrène du kyste, la rupture.

De la suppuration du kyste.

Pour qu'il y ait suppuration à l'intérieur du kyste, il faut qu'il existe des voies par lesquelles l'infection peut gagner cette cavité macroscopiquement close. Ces voies sont au nombre de quatre, à savoir : les lymphatiques, le péritoine, la trompe de Fallope, les vaisseaux sanguins. Il est à remarquer d'ailleurs que la suppuration du kyste sera d'autant plus fréquente qu'il existera une torsion du pédicule, une hémorragie intra-kystique, ou des réactions péritonéales dues à l'infection d'un autre organe abdominal.

La suppuration installée à l'intérieur du kyste sera vite perçue. La douleur, la température élevée, en clocher, les frissons, en seront les témoins habituels.

De la torsion du pédicule.

Treub déclare que les cas de torsion du pédicule d'un kyste ovarique sont beaucoup plus fréquents pen-

dant le *post-partum*. Il cite des chiffres. La torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire se voit dans 8 p. 100 des cas, tandis que pendant le *post-partum* la moyenne s'élève à 22 p. 100. Le phénomène nous semble facile à expliquer. En temps normal la sangle abdominale maintient le kyste en place. Aussitôt l'accouchement terminé, le kyste ovarique semble abandonné dans une prison trop grande pour lui. L'utérus volumineux vient de disparaître, les muscles abdominaux, fatigués, relâchés, ne maintiennent plus la tumeur ; on comprend qu'au moindre mouvement de la femme, le kyste basculera, tordant en même temps son pédicule.

Ordinairement la torsion du pédicule s'accompagne de symptômes douloureux intenses. La femme ressent au moment où se produit la torsion une douleur bien localisée au niveau du pédicule kystique. D'autres fois, mais rarement, la torsion s'installe sans douleur, sans aucun symptôme apparent le jour même. Mais les jours suivants d'autres complications peuvent survenir souvent engendrées par celle-là : l'apoplexie intra-kystique, la gangrène, la rupture.

L'apoplexie intra-kystique est provoquée par l'empêchement, qu'est au retour du sang, la torsion elle-même, comprimant plus ou moins les vaisseaux veineux. Si la constriction au niveau du pédicule est plus grande encore mais non suffisante pour empêcher la circulation artérielle, survient le danger d'hémorragie intra-kystique. Dans ce cas il arrive parfois que le kyste augmente de volume dans des proportions très grandes. L'anémie intense qui en résulte met souvent la vie de la femme en danger. Heureuse-

ment ces cas sont assez rares. Exceptionnels aussi sont les cas de gangrène du kyste amenant une péritonite grave. Le plus souvent la péritonite déclanchée par l'hémorragie intra-kystique, s'atténue au bout de quelques jours. Le météorisme et la douleur qui avaient empêché tout examen approfondi disparaissent et l'on constate à ce moment une masse, plus importante qu'avant, fluctuante et quelque peu douloureuse pendant quelques jours.

De la rupture du kyste.

Nous en arrivons à la complication la plus fréquente, la rupture du kyste.

Le plus souvent, la malade à l'occasion d'un mouvement brusque, du lavage préopératoire de la paroi abdominale, d'un effort, ressent une vive douleur qui peut s'accompagner de réactions péritonéales intenses, vomissements et syncope. Le ventre change de forme, de saillant en avant en obusier il devient étalé, mou, flasque. La fluctuation localisée laisse place maintenant à une ondulation semblable à celle de l'ascite.

Dans ce cas bruyant la rupture est diagnostiquée. Elle ne peut passer inaperçue. A moins que le liquide répandu ne soit septique, et provoque une péritonite à allure foudroyante, le praticien est prévenu à temps et il peut opérer la femme et pratiquer l'ovariectomie.

Mais il n'en est pas de même dans certains cas de ruptures, insidieuses celles-là, qui passent presque

complètement inaperçues. Elles sont plus dangereuses, parce que la femme ne soupçonne pas le plus souvent la gravité de son mal et que même allant consulter, il ne sera pas toujours facile au praticien de diagnostiquer la rupture du kyste.

A ce sujet l'observation de Wins est intéressante. La femme dont il rapporte l'histoire, s'aperçoit à la suite d'une chute que son ventre a changé de forme, elle n'a ressenti aucune douleur, elle poursuit ses travaux ménagers. Elle consulte le soir pour savoir ce qui avait bien pu se passer. D'autres fois la présence de liquide à l'intérieur de l'abdomen et la constatation d'une rupture de la tumeur constituent de véritables surprises opératoires.

Il est donc intéressant de distinguer ces deux grandes variétés cliniques de ruptures pathologiques de kystes de l'ovaire. Les unes succèdent habituellement à une torsion du pédicule ou à un brusque accroissement de volume, dû à une hémorragie ou à un processus infectieux intra-kystique. Leur symptomatologie est très tranchée — nous l'avons vue : douleur au début avec réaction péritonéale toujours très marquée. L'histoire clinique, l'examen même rapide de l'abdomen avec reconnaissance d'une tumeur, tous ces signes, ne laissent guère d'hésitation.

Dans d'autres circonstances, le tableau clinique se caractérise par un minimum de symptômes. Ces cas correspondent le plus souvent à de gros kystes multiloculaires : l'une des poches ayant subi un accroissement sous une influence quelconque arrive à s'amincir progressivement d'une façon presque spontanée, il

n'y a alors aucune réaction péritonéale et la malade ne se doute nullement de la complication qui vient de survenir.

M. Patel rapporte le cas d'une femme de 46 ans dont une poche d'un gros kyste se rompit sans que la femme s'en soit aperçue. A propos de ce cas il fait une remarque intéressante, permettant de faire le diagnostic de rupture dans certains cas. Dans son observation, il dit : « Au toucher vaginal, l'utérus était normal comme dimensions, mais un fait me frappa de suite ; c'était sa mobilité extrême ; on pouvait le faire basculer en avant ou en arrière, et on acquérait la notion qu'il se mobilisait dans une masse liquide. »

Commentant son observation dans un article de la *Revue de Gynécologie et d'Obstétrique* de 1925, il ajoute : « Je crois donc que la mobilité utérine exagérée, coïncidant avec une grosse tumeur ovarienne est en faveur de l'existence de la rupture d'une poche kystique. On peut constater également la mobilité utérine dans le cas de tumeur ovarienne avec ascite ; mais le tableau clinique est tout à fait différent, et de plus la mobilité ne nous a jamais paru aussi nette, en raison sans doute de la présence de généralisations péritonéales ou épiploïques qui fixent plus ou moins les organes pelviens. »

Il existe donc une catégorie de ruptures de kystes de l'ovaire qui n'ont pas de symptômes éclatants. On penserait plus facilement, devant ces cas à une ascite qu'à un kyste ovarique rompu. C'est sur ce point surtout que nous avons voulu attirer l'attention et signaler les quelques symptômes qui permettent de diagnostiquer la rupture du kyste ovarien.

De la conduite à tenir en face d'un kyste à l'ovaire.

Pendant la grossesse.

Tous les auteurs sont d'accord pour déclarer qu'il serait préférable de supprimer le kyste ovarien quand il se trouve à côté d'un utérus gravide. Les dangers d'avortement ou d'accouchement prématuré seuls seraient une raison suffisante pour décider le praticien à faire l'ablation de la tumeur kystique. Mais une objection est soulevée par certains ; n'est-ce pas en enlevant le kyste que l'on va provoquer l'avortement ? A ce propos nous répondrons que nous avons été témoin dans le service de notre Maître, M. le Professeur Metzger, de nombreuses interventions dans l'abdomen de femmes dont l'utérus était gravide. Jamais l'utérus, dans les jours qui suivaient l'intervention, n'entrait en contraction. Les femmes recevaient de nombreuses injections de morphine à intervalles très rapprochés, toutes les deux heures environ. Nous avons même été frappés de la facilité avec laquelle les malades supportaient de très grosses doses de morphine. C'est pour cela que nous nous permettons de dire qu'il ne faut pas trop craindre d'opérer une femme enceinte, atteinte de kyste de l'ovaire. Le danger d'avortement disparaîtra si le praticien a soin d'administrer des doses suffisamment

grandes de morphine toutes les deux heures qui suivent l'intervention, sans attendre le déclanchement des contractions utérines.

Pendant le travail.

C'est la césarienne, l'intervention de choix. Il ne peut y avoir d'hésitation, à moins toutefois que l'état des voies génitales le permettent. Il est évident que si les membranes rompues, on se trouve devant une femme porteuse d'un kyste pelvien qui empêche la terminaison de l'accouchement, on ne peut que difficilement envisager la possibilité d'une césarienne. C'est le seul cas où il est permis de recourir à la vieille méthode, dangereuse, il est vrai, mais nécessaire : ponction du kyste par voie vaginale. Dans ce cas les chances d'infection du kyste étant plus grandes, il faudra que l'intervention pendant le *post-partum* soit plus rapprochée, afin d'éviter que de nouveaux accidents ne viennent mettre de nouveau les jours de la mère en danger.

Pendant le post-partum.

C'est là où les praticiens sont le moins d'accord. Faut-il intervenir rapidement ou tardivement ? Certains préconisent l'expectation armée. Ils mettent la malade au repos absolu et attendent. Mais qu'attendent-ils ? La complication. Et si elle survient ils sont aussi surpris que si on leur avait amené la malade d'urgence. Ont-ils peur d'intervenir sans nécessité ?

Nous ne comprenons pas très bien. Il faudra toujours intervenir. Cette attitude était soutenable autrefois, quand l'opération était dangereuse. Elle ne se soutient plus beaucoup maintenant. Il semble que pour intervenir on attende le moment le moins favorable, c'est-à-dire, la période d'état des complications avec l'urgence en plus. D'après ce que nous avons vu plus haut, il apparaîtrait plutôt que l'intervention précoce serait préférable. Malgré l'état de faiblesse de la malade dans les jours qui suivent l'accouchement l'intervention précoce prévient les complications, les supprime. Si l'on n'opère pas précocement les malades, on risque de se trouver obligé d'opérer d'urgence, une malade affaiblie dont le péritoine vient d'être inondé par un liquide plus ou moins septique.

Notre conclusion sera donc, ovarioctomie pendant la grossesse, césarienne pendant le travail, intervention précoce pendant le *post-partum*.

De ce que nous venons de dire, il apparaît que l'intérêt primordial est de diagnostiquer le kyste pendant la grossesse. A ce sujet, qu'il nous soit permis de formuler un vœu. Notre pratique des hôpitaux et notre faible expérience de la clientèle des villes nous ont fait remarquer que les femmes des classes aisées consultent toujours leur médecin pendant leur grossesse. Au praticien de poser le diagnostic de kyste de l'ovaire. Les femmes de pauvre condition ont la possibilité de se faire visiter dans les consultations

des hôpitaux de l'Assistance publique ou des institutions privées ; mais nombreuses sont celles qui n'y vont pas. Il faudrait multiplier les secours en espèces qui attirent les femmes dans ces consultations. Il nous a été permis, en effet, de nous rendre compte que beaucoup de futures mères viennent aux consultations des hôpitaux, non pas tant pour connaître de leur grossesse, que pour obtenir le certificat qui leur permettra de recevoir de la commune, le secours accordé aux femmes en couches. Donc, nécessité de la multiplication des avantages accordés aux femmes en état de grossesse ; ils favoriseront l'accès des consultations et aux médecins de ces dernières de dépister la présence d'albumine dans les urines, de bassins rétrécis, de tumeurs insidieuses que les consultantes ne soupçonnent pas.

Les femmes en plus des secours d'argent qu'elles recevront seront suivies, conseillées. Elles pourront éviter les crises d'éclampsie si dangereuses pour elles et leur enfant. Elles pourront être conseillées d'avoir à se faire opérer en cas de bassin distocique. Résumons-nous, elles seront dirigées de telle sorte que leur grossesse puisse aboutir. Notre pays est trop pauvre en naissances, nous serions criminels de ne rien faire. Aux charitables de permettre aux praticiens de sauver des enfants.

Le progrès dans la chirurgie obstétricale est tellement grand que nous ne croyons pas exagéré de soutenir une telle thèse. Il n'est plus permis de comparer aujourd'hui les dangers d'une intervention et les dangers de l'attente. Les derniers sont tellement grands par rapport aux premiers que nous croyons et que nous espérons le procès gagné.

***Observation personnelle recueillie dans
le service du Professeur agrégé Marcel Metzger
à la Maternité de l'Hôpital Tenon.***

(Octobre 1926).

Mme L. C., 18 ans et demi, entre à la maternité de l'Hôpital Tenon le 14 octobre, à 14 h. 30. Les dernières règles datent du 10 au 15 janvier. On est en présence d'une grossesse à terme.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants. Deux sœurs bien portantes.

Antécédents physiologiques. — La parturiente a marché à un an, a toujours bien marché. Elle a été réglée à 13 ans, régulièrement ; avant sa grossesse, ses règles étaient peu abondantes ; peu douloureuses, elles duraient environ cinq jours.

Antécédents pathologiques. — Rougeole dans l'enfance.

Mme L. C. entre à la Maternité pour contractions utérines douloureuses ayant débuté le mercredi 13 à 23 heures. Cette jeune femme a bien supporté sa grossesse, mais a souffert d'une constipation opiniâtre. Elle déclare avoir remarqué peu avant sa grossesse une augmentation lente et progressive de son ventre, mais elle ne s'en soucia pas, la gêne d'ailleurs ne devait pas être très grande, puisqu'elle ne consulta pas une seule fois, ni avant, ni pendant sa grossesse.

Accouchement.

Début du travail le 14 octobre à 4 h. 30. A l'entrée à la salle de travail le col est perméable. La tête s'engage en droite. L'enfant est vivant. Au toucher, on sent une masse rénitente à gauche ne semblant pas faire corps avec l'utérus. Utérus légèrement dévié à droite. Membranes intactes.

A 8 heures, les contractions utérines deviennent plus rapprochées.

A 9 heures, la dilatation est à deux francs, la tête est engagée.

A 10 h. 30, rupture artificielle de la poche des eaux avant dilatation complète (à grande paume) par le Dr Metzger.

A 11 h. 10, dilatation complète.

A 11 h. 30, la tête du fœtus fait bomber le périnée et apparaît à la vulve.

A 11 h. 40, dégagement de la tête en occipito-pubienne, puis dégagement de l'épaule antérieure, puis de l'épaule postérieure. Accouchement du siège. Enfant vivant, fille pesant 2.380 grammes. Plaie du diamètre d'une pièce de 0 fr. 50, sur la face interne de la petite lèvre droite. Catgut.

A 12 h. 06, délivrance naturelle et complète, le placenta pèse 330 grammes.

Suites de couches.

15 octobre 1926. — Le fond de l'utérus est senti à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne.

La palpation des cornes et du corps utérin est non douloureuse. Les lochies ne sont pas fétides. La température est à 37°2, le pouls à 84 bien frappé.

21 octobre 1926. — Au toucher, on sent un col fermé ; il est difficile de palper l'utérus. L'abdomen a augmenté de volume et bombe en avant de l'utérus. On constate de la fluctuation. On fait un catétérisme vésical qui ne retire pas d'urine.

24 octobre. — La malade soulevant son enfant de son berceau à son propre lit ressent pendant quelques instants un élancement dans son abdomen. Elle ne s'en soucie nullement.

25 octobre. — A l'examen, on trouve que l'abdomen a changé de forme. Au lieu de pointer en avant, il est étalé. A la percussion, on trouve du liquide ascitique dans l'abdomen. On décide d'intervenir.

25 octobre 1926 (à 11 heures). — Anesthésie au chloro. Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du ventre, il s'écoule un liquide citrin abondant qui fait croire que l'on est tombé dans de l'ascite. On évacue ce liquide. Après l'évacuation, on voit dans le fond de la plaie une poche flasque qu'on atteint et qui n'est autre qu'un kyste rompu de l'ovaire. Le kyste appartient à l'ovaire gauche, son pédicule quoique large présente une torsion (180°). Ligature du pédicule. Le mésocôlon est œdématié, il a été ouvert en partie. On met une ligature à ce niveau. La femme est mise à plat pour qu'il soit possible d'enlever le reste du liquide.

On vérifie l'appendice qui est normal, un peu vascularisé comme tout le reste de l'intestin et du péritoine,

d'ailleurs. L'appendice est laissé en place. Les annexes du côté droit sont normales. Fermeture de la paroi en trois plans.

28 octobre 1926. — La température est à 37°. Le pouls a 80 bien frappé. La malade ne se plaint d'aucune douleur.

La femme interrogée de nouveau dit n'avoir pas ressenti de douleur les jours précédant l'opération.

Observation relevée par M. Wins
Nord Médical.
(1^{er} Décembre 1896).

A. — **Kyste par-ovarien hyalin, rompu dans la cavité péritonéale.** — Guérison sans opération.

La malade, porteur de ce kyste, âgée maintenant d'environ 50 ans, a consulté Kœberlé, il y a vingt-cinq ans. Kœberlé fit une ponction qui laissa s'écouler, nous dit-elle, un liquide clair, eau de roche, et après examen de ce liquide, refusa de l'opérer. Le kyste se remplit assez rapidement, mais depuis ne semble pas avoir augmenté de volume d'une façon sensible, puisqu'elle le porta pendant vingt ans et le porta très allègrement. J'avais eu l'occasion d'examiner le ventre qui avait largement le volume d'un ventre d'une grossesse à terme et où le kyste se dessinait très nettement. Conseiller alors une opération radicale était chose inutile, puisque, comme la malade me le disait très justement, elle y était habituée et puis elle jouissait d'une santé parfaite.

En octobre 1889, elle glissa d'un carrelage très uni, tomba sur le ventre, ne ressentit aucune douleur, mais, à peine relevée, constata immédiatement que le ventre n'était plus tendu et avait changé de place.

Cette brave dame faisait en ce moment la lessive, elle se remit à l'œuvre une heure durant, puis se coucha et me fit appeler, tout simplement, me dit-elle, pour la

tranquilliser et lui dire ce qui venait de se passer. L'abdomen avait en effet changé de forme et était devenu un ventre d'ascite, avec tous les signes de cette dernière. Je lui conseillai naturellement le repos, la diète et nous attendîmes. Le rein se chargea d'évacuer rapidement le liquide épanché. Dès les premières vingt-quatre heures qui suivirent la rupture, il y eut 9 litres d'urine, dans les deuxièmes 7 litres, dans les troisièmes 6 litres, dans les quatrièmes 4 litres et demi; dans les cinquièmes 3 litres, dans les sixièmes 2 litres, puis tout rentra dans les proportions normales. Cette urine était claire, alcaline, ne renfermait ni albumine, ni sucre, contenait peu d'urée, mais était très riche en sels minéraux.

Les suites de cet accident furent des plus simples; jamais la moindre réaction, et huit jours après, cette dame reprenait ses occupations, débarrassée de son abdomen volumineux... Le ventre ne redevint pas gros, j'attendis six mois avant de faire un examen complet qui fut négatif d'ailleurs, car il me fut impossible de retrouver la moindre trace de ce kyste qui avait absolument disparu.

Il s'agissait dans ce cas d'un kyste par-ovarien hyalin : quelques raisons entre autres l'indiquent : a) la ponction faite par Kœberlé amenant un liquide clair : eau de roche ; b) le refus d'opérer qu'éprouva la malade, refus qui semble, à mon avis, indiquer que Kœberlé n'avait pas diagnostiqué un kyste de l'ovaire, car il eut fait alors l'opération. c) La longue durée de ce kyste, n'amenant avec lui aucun des troubles locaux et généraux qui accompagnent toujours le développement d'un kyste de l'ovaire.

***Kyste dermoïde compliquant la grossesse.
Opération césarienne et ablation du kyste.***

Par MM. Léon Vallois et de Rouville.

Segundi geste, dont le premier accouchement fut dystocique (la cause de cette dystocie n'aurait pas été reconnue). Elle avait atteint le huitième mois lorsqu'elle fut examinée par l'un des auteurs qui diagnostiqua en arrière du col et le repoussant en avant et en haut, un kyste de l'ovaire probablement dermoïde, prolabé dans le Douglas et enclavé dans l'excavation. Afin de ne pas faire courir à la mère et à l'enfant les risques d'un accouchement dystocique, on pratiqua, à terme et avant tout début de travail, une opération césarienne qui fut suivie de l'ablation du kyste. Ce dernier était retenu dans le Douglas par des adhérences. Il s'agissait bien d'un kyste dermoïde de l'ovaire gauche, dont le contenu était composé de cheveux et d'une matière jaunâtre donnant l'apparence de beurre fondu. Suites heureuses pour la mère et l'enfant.

Dans le cas particulier, la fixité et le siège de la tumeur semblaient incompatibles avec des tentatives de refoulement. Quant à la ponction et à l'incision du kyste les auteurs regardent ces moyens comme des procédés de fortune qui ne peuvent trouver leur indication qu'exceptionnellement dans certaines circonstances tout à fait spéciales.

M. Guérin-Valmade pense, en effet, que dans certaines conditions de milieu, la ponction constitue sinon le procédé de choix, du moins un pis-aller thérapeutique acceptable, faute de mieux.

M. Telenat rapporte huit observations analogues où il pratiqua avec succès l'ablation du kyste au cours de la grossesse.

***Observation relatant la rupture spontanée
et insidieuse d'un kyste de l'ovaire-ovariectomie.***

(Relevée par M. Patel).

Revue d'Obstétrique et de Gynécologie, Paris, 1925

Il s'agit d'une femme de 46 ans, mère de neuf enfants. Le dernier datant de six ans. Depuis cette époque, elle vit son ventre grossir d'une façon démesurée et c'est dans ces conditions qu'elle entra à l'Hôtel-Dieu. Je trouvai alors une tumeur abdominale très volumineuse, fluctuante, molle sur toute son étendue, remplissant entièrement la cavité abdominale, et refoulant fortement le diaphragme en haut ; il n'y avait aucune zone de sonorité. Au toucher vaginal, l'utérus était normal comme dimension, mais un fait me frappa de suite, c'était sa mobilité extrême ; on pouvait, sans aucune difficulté, le faire basculer en avant ou en arrière et on acquérait la notion qu'il se mobilisait dans une masse liquide. Ce signe me permit d'affirmer, malgré l'absence de tout symptôme clinique, que l'une des poches du kyste de l'ovaire s'était rompue et que le liquide, logé dans le pelvis, permettait toutes les incursions à l'utérus.

L'intervention que je pratiquai à l'Hôtel-Dieu le 15 décembre 1924 me montra un énorme kyste multiloculaire, du poids de 8 kilogrammes ; il fut extirpé en

masse, et dans le pelvis, il existait un épanchement de 2 litres environ d'un liquide colloïdo-épais, provenant de l'une des poches ovariennes, que l'on retrouva sur la pièce largement perforée et flétrie. Le liquide fut simplement épongé et la guérison s'effectua sans aucun incident.

Une rupture intrapéritonéale spontanée d'un kyste de l'ovaire.

*Rapportée par MM. Dambrin et Bernardbeig
dans la Revue de Gynécologie et d'Obstétrique, 1925.*

Les auteurs rapportent une observation de kyste mucoïde de l'ovaire droit rompu dans le péritoine sans signe de rupture avec le tableau clinique de l'ascite libre.

Une femme de 45 ans, vierge, réglée pour la première fois à 16 ans, entre à l'hôpital pour phénomènes abdominaux douloureux, consistant en crises, avec vomissements, température et métrorragies, de plus en plus abondantes. Devant l'augmentation croissante de volume du ventre, qui présentait les différents signes cliniques des épanchements ascitiques, on fit une ponction qui amena l'évacuation de 10 litres d'un liquide présentant, au point de vue clinique, tous les caractères de liquide de kyste ovarien.

Elle passa alors en chirurgie, où une laparotomie montra, le 5 mai 1924, un grand kyste de l'ovaire droit déchiré et un petit kyste de l'ovaire gauche intact : les suites opératoires parfaites.

CONCLUSIONS

I. — La rupture et la torsion sont les complications les plus fréquentes des kystes de l'ovaire.

II. — Une augmentation de volume du kyste assez considérable se manifeste souvent pendant les suites de couches.

III. — Le *post-partum* semble être une période favorable à la rupture des kystes de l'ovaire.

IV. — La rupture, de diagnostic aisé le plus souvent, à cause des symptômes qui l'accompagnent, est quelquefois spontanée et insidieuse, sans aucun symptôme apparent.

V. — L'ovariectomie pendant la gestation, si le kyste est important, est recommandable.

VI. — La césarienne suivie d'ovariectomie devrait être la règle en cas de kyste de l'ovaire compliquant la grossesse.

VII. — L'ovariectomie pendant le *post-partum* doit être pratiquée le plus tôt possible pour éviter les accidents qui peuvent survenir.

BIBLIOGRAPHIE

- ALVRES PINTO (Gostinho Thiago). — *Etude clinique des kystes de l'ovaire compliquant la gestation, le travail et les suites de couches*. 1918, 19, Paris, 30.
- *Le moment de l'intervention chirurgicale dans les kystes de l'ovaire compliquant les suites de couches* (Ferrand, 1919-1920, Paris, 278.
- BERNARD. — *Les kystes de l'ovaire dans leurs rapports avec la gestation, l'accouchement et les suites de couches* (Th. Paris, 1919-1920).
- CAMUS. — *Des ruptures des kystes de l'ovaire*. Mémoire lu à la Société de Médecine de Paris. (*Revue médicale*, novembre 1844.)
- FEHLING. — Congrès d'Aix-la-Chapelle, 1900 (*in Centr. für Gynéco.*, 1900, p. 1044).
- FOSSARD. — *De la rupture spontanée des kystes de l'ovaire*. Thèse, Paris, 1901.
- LOHLEIN. — *Gynokologische Tagesfragen*, IV, 29.
- SUZANNE LÉVY. — Thèse, Paris, 1920, 21, 170. *Contribution à l'étude des kystes bilatéraux des ovaires au cours de la grossesse*.
- MEDEVIELLE. — *Rupture spontanée dans le péritoine des kystes gélatineux de l'ovaire*. Th. Paris, 1910.
- PATEL. — Signes cliniques des ruptures pathologiques des kystes de l'ovaire. *Bulletin Société d'Obstétrique et Gynéco de Paris*, 1925, XIV, 320.

- POTHERAT. — *Rupture des kystes de l'ovaire*. Société de chirurgie, Paris, 1903.
- POZZI. — *Traité de Gynécologie clinique et opératoire*, Paris, Masson, 1907.
- RAUSCH. — *Ovarioltumoren und Schwangerschaft* Inaug. Dissert., Leipzig, 1903).
- RÉMY. — *Des kystes de l'ovaire*. Thèse d'agrégation, 1886.
- SCHMIERGELD. — *Traitement des kystes de l'ovaire pelvien pendant le travail*. Thèse, Paris, 1911.
- SZYMANOWICZ. — Kystes de l'ovaire et gestation. résultats de 35 cas opérés pendant la gestation. *Gynécologie et obstétrique*. Paris, 1922, VI, 405, 419.
- TEDENAT. — *La Gynécologie*, 1922.
- VANVERTS et GUENEZ. — Faut-il pratiquer au cours de la deuxième moitié de la grossesse l'ablation d'un kyste pelvien et non refoulable de l'ovaire ? *Bull. Soc. obst. et Gynécol. de Paris*, 1922, XI, 785-87.
- WILLIAMS. — *West London Med. Journ.*, juillet 1897.
- MARTIN. — *Die Krankheiten Eierstöcke*.
- TILLAUX. — *Traité de médecine opératoire*.
- PUECH-VAUVERTS. — *Rapport du Congrès de Gynécologie*, 1923.

Vu : Le Président de Thèse,
BRINDEAU

Vu : Le Doyen de la Faculté de Médecine,
ROGER

Vu : Le Recteur de l'Université de Paris,
CHARLÉTY

